

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	LADY ANSELMO	06	01	1971	54 años, 10 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310017916	MANABI	CHONE	BOYACA	MIGUEL PARRAGA y	098-054-4897 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310017916	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	11	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD, ACUDE POR MANIFESTAR MASA DE GRASA EN ZONA FRONTAL ENTRE LAS CEJAS, SE PALPA BULTO DE GRASA PROMINENTE DE APROXIMADAMENTE 3 CM DE ELEVACION Y 5 CM DE DIAMETRO. DICHO BULTO ES MOVIL, NO PRESENCIA DE CALOR, RUBOR O SIGNOS DE INFLAMACION. PACIENTE REFIERE APARICION DE BULTO HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS. SE REALIZA REFERENCIA PARA CIRUGIA PARA VAORACION Y POSTERIOR MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0980544897 esposa.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO	D170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	12:35	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	12:35	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	